N° 47.

19.

DE
LA PLEURÉSIE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 18 MAI 1836;

Par

J.-B.-V. LEMAITRE,

De Moreuil (Somme),

Chirurgien-Major du 24e Régiment de Ligne; Chevalier des Ordres de la Légion d'Honneur, de la Réunion et de Charles III d'Espagne.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Montpellier :
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE HENRI RAHT,
rue des Sœurs-Noires, n° 3, derrière l'Église St-Roch.

1836.

A MON BEAU-PÈRE.

Attachement et dévouement.

A MONSIEUR

DE REISSENBACH,

Colonel du 24e Régiment de ligne, Commandeur de la Légion-d'honneur.

Faible témoignage de ma gratitude à la bienveillance et à l'estime dont il a toujours bien voulu m'honorer.

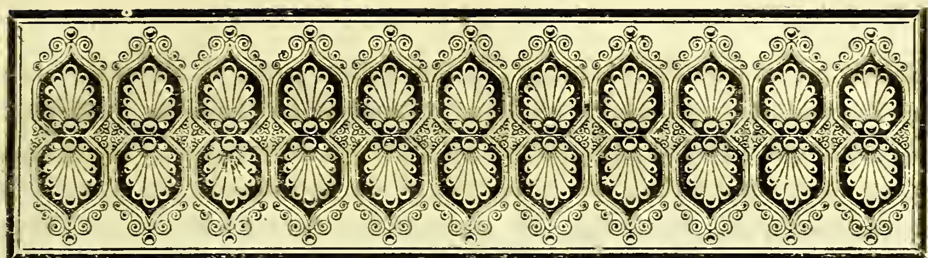
A MES DEUX MEILLEURS AMIS,

Le Docteur LACROIX, ex-Chirurgien militaire;

BASAN, Officier comptable de l'Hôpital militaire de Lyon.

Vieille et inviolable amitié.

LEMAITRE.



DE

LA PLEURÉSIE.

Etiam si peritus in arte sis, vel censearis,
Noli cùm jactantiâ de illis (morbis pulmonum)
Disserere vel facilem promittere curationem.
BAGLIVI.

AVANT-PROPOS.

Il est peu de maladies qui aient été l'objet d'une observation plus multipliée, plus complète et plus fructueuse que la pleurésie. Depuis l'enfance de la médecine jusqu'à nos jours, elle a fixé l'attention des praticiens, et exercé la plume des nosologistes; grâce à cette ferveur de recherches, elle est aujourd'hui l'une des maladies les mieux connues dans leur nature, les plus accessibles au diagnostic, les plus rationnellement traitées par l'art. Pour signaler les auteurs qui ont disserté sur la pleurésie, il faudrait énumérer la plupart des maîtres dont les noms sont consacrés par l'épithète de Classiques, Forti, Morton, Senac, Sauvages, Boerrhaave, Sydenham, Stoll, L. Franc, Baglivi, Morgagni, Pinel, Broussais, Delpech, etc. Deux causes ont particulièrement contribué à l'élucidation du problème de médecine-pratique qui se rattache à la pleurésie, savoir: les recherches d'anatomie pathologique, qui ne

datent guère que de Morgagni, et l'invention presque contemporaine de l'auscultation. Pinel, en appliquant l'analyse au chaos des matériaux de nosologie; Bichat, en isolant les différens élémens de l'économie, pour les réunir ensuite en systèmes, et en approfondir les propriétés caractéristiques; Broussais, en poursuivant dans l'intimité des tissus toutes les nuances d'altération, ont hâté l'élaboration d'une doctrine commune sur les phlegmasies des séreuses, et simplifié leur étude individuelle, par la déduction de quelques généralités fécondes. Laënnec est venu ensuite, le stéthoscope à la main, qui a créé une nouvelle série de signes et doté la pratique d'un sens de plus. Enfin, les tentatives et les innovations d'une école fondée depuis nombre d'années en Italie, mais qui n'a jeté quelques éclats que dans les derniers temps, ont complété l'histoire de la pleurésie, en soumettant à une nouvelle expérimentation clinique son traitement, dont les bases sont définitivement établies.

C'est vers les affections rares, singulières, peu connues, que se tourne ordinairement la curieuse investigation des candidats au titre de docteur; leur ardeur se plaît à lutter contre les incertitudes de l'art, et s'ingénie à débuter dans la science par un progrès. Pour nous, heureux de nous reposer sur une étude moins épineuse, nous n'avons pas hésité dans le choix du sujet de notre dissertation inaugurale. Lorsqu'on ne peut aspirer à la gloire de proclamer des vérités nouvelles, il faut se résigner à répéter, à résumer celles qui sont acquises à la science: c'est la seule tâche que nous proposions ici et qui nous convienne.



La pleurésie (pleurite, *pleuritis*), consiste dans l'inflammation des membranes séreuses qui revêtent intérieurement chaque côté de la poitrine, et se réfléchissent de là sur l'un et sur l'autre poumons. Si simple que soit cette définition, il a fallu bien des controverses, bien des recherches, pour la fonder. Chez les anciens, toute douleur de côté, externe ou interne, était désignée sous le nom de *pleuritis*. Galien, Arétée, Paul d'Égine, ont précisé le véritable siége de la pleurésie; mais leur opinion ne devait prévaloir de long-temps, puisque en 1787,

Portal imprimait encore qu'il n'existait point de différence essentielle entre la pleurésie et la péripneumonie ; c'est la confusion de ces deux maladies, qui ne sont pas nécessairement liées, qui a surtout embarrassé l'étude de la pleurésie.

Tout le monde sait aujourd'hui que s'il est rare d'observer la pneumonie sans inflammation de la plèvre, rien n'est plus commun que l'existence de cette dernière, indépendamment de toute complication pulmonaire. Stoll, Tissot, Haller, Cullen, ne séparaient point ce qu'ils appelaient la pleurésie vraie ou humide de la péripneumonie. Des notions erronées avaient porté Van-Helmont jusqu'à proscrire, dans la pleurésie, l'emploi de la saignée. Si Boerrhaave a rapporté son siége à la plèvre, Diemerbroeck et S. Hoffmann ont le mérite d'avoir établi, par leurs observations, la possibilité de l'inflammation isolée du poumon et de la membrane qui le tapisse. Mais plusieurs points essentiels de l'histoire de la pleurésie sont restés dans une complète obscurité jusques en ces derniers temps; il y a loin des observations d'hydrothorax, rapportées par Morgagni (obs. 10 et 17, lettre 16) et par Frank (méd. prat.; t. IV, pag. 145), lesquelles ne sont autre chose que des pleurésies chroniques méconnues, aux observations de MM. Bayle (1), Broussais (2), Laënnec (3), Andral (4), etc. Le disciple de Valsalva s'attache à réfuter l'opinion, alors encore contemporaine, qui considérait les adhérences pleurétiques comme des causes de mort; Laënnec nous a montré qu'elles sont l'instrument que la nature emploie pour la guérison : ce rapprochement suffit pour marquer les progrès accomplis dans la science sur la question qui nous occupe. La pleurésie affecte plus souvent le côté droit que le gauche ; sur trente-six cas observés par M. Louis, vingt-trois étaient à droite ; le relevé qu'il a fait de ses autopsies confirme ce résultat ; sur six cents sujets ouverts, cent présentaient des adhérences à droite, tandis qu'il ne s'en est trouvé à gauche que sur soixante-quatorze individus. Un autre fait sanctionne ces données : le pneumo-thorax, à la suite de la perforation des plèvres par les tubercules, ne peut se produire

---

(1) De la phthisie pulmonaire. (2) Traité des phlegmasies chroniques. (3) Traité de l'auscultation ; tom. II. (4) Clinique médicale ; tom. II.

qu'autant qu'il n'existe pas d'adhérence entre les deux surfaces de cette tunique : or, sur quarante-neuf cas de pneumo-thorax qui ont été publiés, trente-deux sont à gauche et dix-sept seulement à droite. La douleur pleurétique siége ordinairement au-dessous du mamelon ; cette circonstance reste inexpliquée ; car l'interprétation qu'en donne Morgagni est une erreur physiologique ; les malades rapportent quelquefois la douleur pongitive à l'hypocondre, et même au flanc (Rostan).

Les divisions sont des intersections artificielles, qui facilitent l'étude d'un sujet ; mais la nature ne s'y soumet point dans sa marche ; ainsi, dans le cours d'une pleurésie, il peut y avoir sécheresse (pleurésie sèche) et crachats (pleurésie humide), déplacement de la douleur d'un point sur un autre de la surface séreuse, etc. Il est cependant des divisions importantes pour le diagnostic et le traitement ; ainsi, la pleurésie est aiguë ou chronique, franche ou latente, simple ou double ; ses symptômes se modifient selon la portion de la plèvre qu'elle affecte ; nous noterons donc les variétés diaphragmatique, médiastine, lobulaire et costo-pulmonaire. Quant aux pleurésies bilieuses, il faut, ce nous semble, les scinder en deux groupes, les unes n'offrant qu'un léger embarras des voies digestives, phénomène presque constant dans la plupart des phlegmasies aiguës, qui n'en altère pas la nature, et n'en doit pas modifier le traitement ; les autres se rattachent à une constitution régnante qui imprime une physionomie identique à toutes les affections qui se développent sous son influence, quels qu'en soient le siége et les nuances symptomatiques secondaires. Imposer à ces affections le nom de pleurésies, parce qu'elles ont déroulé quelques symptômes propres à cette phlegmasie, c'est méconnaître leur véritable caractère, qui n'a rien de local ; telles sont, à notre sens, les épidémies de pleurésies, tantôt inflammatoires, tantôt bilieuses, tantôt mixtes, que Maximilien Stoll a observées à Vienne, de 1776 à 1778, et qui représentent les alternatives de prédominance et de lutte de constitutions médicales différentes ; telles sont encore les trois épidémies qui ont régné dans le canton de Lausanne, de 1753 à 1756, et que Tissot a décrites sous le nom de pleurésies et de pneumonies fausses, dans deux lettres adressées à Zimmermann ; dans les deux dernières épidémies, la complication inflam-

matoire était rare ; selon cet illustre praticien, les signes de gastricité dominaient, et l'indication essentielle était d'évacuer les premières voies. — Or, qu'est-ce qu'une inflammation de la plèvre, sans complication d'inflammation ? Ces confusions nosologiques tiennent surtout à l'emploi peu rigoureux des termes, ainsi qu'à la multiplicité des symptômes d'une épidémie. Autant vaudrait rattacher à l'histoire de la péripneumonie les affections latentes de ce genre, qui accompagnent parfois la variole, la scarlatine, et qui ne sont que le reflet intérieur de l'affection générale *sui generis*, qui se traduit à nos yeux par l'exanthème de la peau.

Causes. Que dire des causes occasionnelles de la pleurésie ? Les pathologistes reproduisent sous ce titre une série de causes applicables à toutes les inflammations, et qui laisse en dehors le vrai problème à résoudre : impression d'un air froid sur la peau, ou ingestion d'un liquide froid, glacé, tandis que le corps est en sueur; transition brusque d'un milieu chaud à l'air froid du dehors, suppression d'une hémorrhagie habituelle, délitescence de la goutte ou d'un exanthème, etc. Sans doute, ces causes, et d'autres, sont quelquefois accusées par les malades que l'on examine ; mais pourquoi ont-ils pu s'exposer tant de fois impunément à leur action? Pourquoi tant d'autres pleurétiques ne peuvent-ils assigner à leur mal aucune cause évidente? Combien d'entre eux se sont endormis le soir dans un parfait état de santé, qu'a réveillé dans la nuit la soudaine invasion de la pleurésie? N'est-il pas nombre de cas où le début de l'affection est aussi obscur que son étiologie, et dont l'exploration stéthoscopique réussit seule à surprendre la marche insidieuse ? Reconnaissons donc que les modificateurs précités n'agissent pas seuls, quand la pleurésie succède à leur action, et que souvent ils ne concourent pas même à son développement. Il en est de la pleurésie comme de la plupart des maladies : sa production est liée à l'existence d'une disposition interne qui, pour être insaisissable à nos moyens d'analyse, n'en est pas moins réelle et essentielle. C'est cette disposition (1) qui explique son apparition dans les conditions les plus

---

(1) Lobstein paraît la rattacher au système nerveux ; selon lui, une innerva-

diverses, et sous l'influence de causes efficientes tout-à-fait opposées. Les accidens traumatiques peuvent toutefois déterminer, par eux seuls, l'inflammation des plèvres; tels sont les coups portés sur la poitrine, la fracture des côtes, une plaie pénétrante de la poitrine, etc. M. Andral et M. Broussais citent des exemples de ce genre. Les résorptions purulentes qui suivent quelquefois les grandes opérations de chirurgie, peuvent avoir pour terme la cavité de la plèvre, dont elles entraînent alors l'inflammation la plus intense; cet accident est principalement à craindre, si le membre amputé a été le siége de la lésion connue sous le nom de tumeur blanche.

Enveloppe d'un viscère qui, par la nature de ses fonctions et la structure de son tissu, est sujet à des affections aussi graves que fréquentes, la plèvre s'enflamme souvent secondairement; l'on sait aujourd'hui que les points de côté, si ordinaires dans le cours de la phthisie, dépendent de la présence de tubercules dans le poumon, alors même que ces derniers s'y trouvent encore à l'état de crudité. Ces pleurésies partielles produisent, en se répétant, ces adhérences celluleuses des poumons, qui se rencontrent presque constamment chez les phthisiques. Une masse tuberculeuse, sous-jacente à la plèvre pulmonaire, vient-elle à se ramollir, la solution de continuité de cette membrane est presque inévitable, et à la suite de l'épanchement du foyer tuberculeux dans l'intérieur de la tunique séreuse, se déclare une pleurésie également grave, qu'elle soit aiguë, ou qu'à l'instar des péritonites latentes qui succèdent à la perforation du tube digestif, elle devienne chronique et emprisonne la matière épanchée dans les replis d'une formation pseudo-membraneuse. Même cause de pleurésie quand c'est une excavation gangreneuse, foyer sanguin d'une apoplexie pulmonaire, qui s'ouvre dans la plèvre. La pneumonie simple détermine presque toujours une nuance de pleurite, comme la phlegmasie du parenchyme cérébral se réfléchit sur l'arachnoïde; ce rapprochement

---

tion violente précède la vascularisation de la plèvre et accompagne l'inflammation, tant que celle-ci conserve toute sa vigueur (Maurice Ruef, Revue générale de la clinique de M. Lobstein, 1830. — 31. Archives de méd.

ingénieux est de M. le professeur Lallemand (1) qui l'a développé d'une manière aussi brillante que solide, dans un ouvrage devenu classique. Des métastases peuvent donner lieu à la pleurésie; la plus redoutable est celle du rhumatisme aigu; la pleurésie se manifeste alors d'une manière subite, et son imminence constitue un danger permanent dans le rhumatisme aigu; aussi, ne saurait-on trop souvent ausculter et percuter la poitrine des sujets atteints de cette maladie.

Parmi les causes prédisposantes, il faut considérer l'âge, le sexe, la constitution, la saison. M. Louis s'est livré à des calculs qui méritent d'être signalés; sur vingt-trois malades, atteints de pleurésie sans complication tuberculeuse, la moyenne des différens âges, est de trente et un et demi; ce résultat ne s'applique pas indistinctement aux pleurésies des deux côtés; celles du côté droit ont pour moyenne d'âge vingt-cinq ans; les pleurites gauches, trente-sept ans; l'âge adulte et la jeunesse seraient donc particulièrement sujets à la pleurésie, ce qui contredit l'assertion de Laënnec, qui pense que la pleurésie est plus commune dans la vieillesse (2); la pleurésie différerait aussi en ce point de la pneumonie, dont l'âge moyen, d'après un certain nombre de faits notés par M. Louis, est de quarante-deux ans; ce dernier chiffre est contestable, car dans une autre estimation dressée par M. Chomel (3), sur quatre-vingt-dix-sept individus atteints de pneumonie, vingt-huit étaient agés de 20 à 30 ans, tandis qu'il n'y en a eu que neuf de trente à quarante, onze de quarante à cinquante, et huit de cinquante à soixante. Arétée avait déjà remarqué la rareté des pleurésies chez les enfans, en raison du peu de dérangement que subissent chez eux les fonctions perspiratoires de la peau; néanmoins, elles sont souvent méconnues à cet âge. Quant au sexe, sur trente-deux observations de M. Louis, six seulement sont de femmes; mais cette proportion n'est pas concluante, parce que dans le service de ce médecin, les lits d'hommes et de femmes ne sont pas en nombre égal. Sur dix-sept pleurésies, observées dans le service de M. Lobstein (4), huit l'ont été sur des femmes, neuf sur des hommes;

---

(1) Lettres sur l'encéphale. (2) Traité de l'auscultation, tom. II, pag. 148.
(3) Anatomie de médecine en 21 vol., tom. XVII. (4) Maurice Ruef, 1 *op. cit.*

dans le service de ce professeur, il y avait un petit nombre de lits de femmes en plus.

Une stature grêle, l'étroitesse de la poitrine, une complexion délicate, sont, d'après Laënnec, des conditions prédisposantes à la pleurésie; M. Chomel indique à ce titre le tempéramment sanguin, et différentes conditions, qui se rapportent plutôt à une exagération de la vitalité, qu'à un état asthénique; il l'assimile, sous le rapport étiologique, à la pneumonie; or, dans une thèse récemment soutenue à Paris (1), nous trouvons des données au sujet de la prédisposition péripneumonique, émanant des différences de la constitution : sur soixante-deux pneumonies, dix-huit ont présenté une constitution forte, dix-huit une constitution médiocre, ving-six une constitution faible. Notre observation personnelle est d'accord avec ce résultat. Une statistique de l'influence des professions sur la production de la pleurésie, manque à l'histoire de cette affection. En les envisageant seulement sous le rapport de l'exposition aux vicissitudes athmosphériques, la moindre proportion de pleurésies appartient aux professions sédentaires; il en est de même de la pneumonie; c'est ce qui ressort du moins des câlculs de M. Chomel; car, dans la thèse de M. Frèves, nous trouvons que sur soixante-deux pneumonies, quarante appartiennent à des individus qui travaillent dans les appartemens, et vingt-deux à ceux qui travaillent en plein air. Les hôpitaux militaires reçoivent un grand nombre de pleurétiques: les gardes, les patrouilles nocturnes, les exercices en plein air, les marches par toute espèce de temps, auxquels sont assujettis les militaires, rendent compte de cette circonstance. L'on ne doit donc accepter qu'avec réserve les inductions basées sur le calcul, et user avec sobriété de chiffres peu considérables, et difficilement homogènes dans les unités dont ils se composent. — C'est à la fin de l'hiver, au printemps, et au commencement de l'été, que la pleurésie se montre particulièrement; elle est rare durant le reste de l'année. Sous l'influence de certaines conditions, elle peut revêtir le type épidémique: réalise-t-elle en ce cas les caractères de la contagion? C'est ce qu'affirme et Valleriola et Maret,

(1) Samuel Frèves, propos de méd.; thèse inaugurale, Paris, août 1835.

cités par Laënnec qui adhère à leur opinion. Il est vrai que des affections qui, à l'état sporadique, ne se transmettent pas par le toucher, deviennent contagieuses en se transformant en épidémies ; les phlegmasies séreuses sont-elles sujettes à cette marche? Cette question n'est pas encore résolue par les faits, car les métro-péritonites qui désolent quelquefois les salles des femmes en couches ne suivent pas cette voie de propagation.

Les symptômes de la pleurésie varient selon les différens degrés d'intensité et ses périodes. Au lieu de les réunir en groupe, nous allons peser successivement les principaux signes qui fondent le diagnostic, et nous essaierons d'en fixer la valeur.

A. Signes fonctionnels. — *Douleur*. A ne consulter que les descriptions tracées par les auteurs, la douleur dénote infailliblement la portion de la plèvre frappée de phlogose : elle constituerait un signe pathognomonique. Elle est pongitive, s'exaspérant par les inspirations profondes, la toux, le toucher, devenant quelquefois déchirante, continue ou périodique ; elle guide ordinairement l'exploration du médecin, et devient le point de mire des moyens locaux. Il faut croire que les nosographes ont voulu réunir en faisceau les symptômes les plus saillans de quelques observations pour les donner ensuite, comme règle de diagnotic, dans la généralité des cas. Rarement, en effet, la pleurésie débute d'une façon aussi tranchée, aussi abrupte dans la réalité que dans les livres ; loin d'être toujours annoncée par les douleurs aiguës de la poitrine, et par de la fièvre, on la voit se developper souvent avec lenteur, et presque sans symptômes locaux ; d'autres fois elle reste entièrement latente. « Sur trente pleurésies observées avec soin, dit le Docteur Weber (1), des douleurs ont à peine existé chez trois ou quatre individus ; chez les deux tiers, elles ont été peu considérables, et ont à peine fixé l'attention du malade. » On doit bien savoir, « dit M. Andral (2), que la plèvre aussi bien que les membranes séreuses du péricarde et de l'abdomen, peut s'enflammer, se remplir de pus, se couvrir de fausses membranes,

(1) Mémoire sur la pleurésie, journ. hebd. ; tom. IV, pag. 249 et suivantes.
(2) *Opusculo cit.*, pag. 594.

se désorganiser, sans que ces graves désordres soient annoncés par aucune espèce de douleur. » Quelquefois la douleur est vague, et, par sa mobilité, peut en imposer pour un rhumatisme. M. Weber, cite un cas, où ce qui fut pris long-temps pour un rhumatisme des lombes se convertit en une véritable pleurésie. Une douleur aiguë et fixe sur un point du thorax, est un symptôme assez sérieux, pour qu'en l'absence de signe d'épanchement on ne se hâte pas de nier l'existence de la pleurésie; loin de coïncider avec un épanchement la douleur diminue ordinairement dès l'apparition de ce phénomène; or, les signes les plus concluans que fournisse l'auscultation, ne sont perçus que lorsqu'un liquide est versé dans la poitrine; cette méthode d'exploration n'aura donc guères d'utilité, alors que n'existe encore que la douleur; celle-ci, comme on l'a vu, n'a pas une grande valeur séméiologique, elle ne suffit pas même à la distinction de la pleurésie et de la pleurodynie (1): dirons-nous que, dans cette dernière affection, la douleur occupe une plus grande étendue, se déplace fréquemment, n'entraîne ni fièvre ni dyspnée? Les faits ne se prêtent pas à cette distribution artificielle: une simple douleur musculaire peut provoquer la fièvre, et généralement la respiration, comme, d'autre part, des pleurésies naissent et se développent sans le cortége de ces symptômes.

Respiration. Il faut distinguer la dyspnée occasionée dès le début par la seule douleur qui bride l'inspiration, selon l'expression de Laënnec, d'avec celle qui est due à la compression du poumon par l'épanchement. La respiration est courte, fréquente, interrompue par la douleur qui augmente à chaque dilatation du thorax; les malades, comme dit M. Rostan (2), redoutent de respirer; il est cependant remarquable que souvent ils n'ont pas conscience de la gêne de leur respiration. Les mouvemens d'abaissement et d'élévation du thorax se modifient selon la portion de plèvre qu'occupe la phlogose. Dans la pleurite costo-pulmonaire, c'est par le diaphragme que s'accomplit la respiration; dans la pleurésie diaphragmatique, c'est par le mouvement d'ascension des côtes.

---

(1) M. Cruveilher pense que la pleurodymie n'est qu'une pleurésie adhésive bornée. (2) Cours de médecine clinique, 1826.

Cette interversion des agens respirateurs est conforme à la théorie ; toutefois, dans le grand nombre de pleurites costo-pulmonaires que nous avons observées, soit dans les régimens, soit dans les hôpitaux de l'armée, jamais nous n'avons constaté la complète immobilité du côté affecté : que ce soit d'ailleurs le diaphragme ou les muscles intercostaux qui agissent, les alternatives de resserrement et d'ampliation de la poitrine sont presque inévitables; et de là, l'augmentation de la douleur pongitive. Le frottement des feuillets pulmonaires et du feuillet costal de la plèvre diminue cependant, et avec lui la douleur, quand le poumon du côté malade participe moins à l'hématose; c'est ce qui arrive dans les épanchemens ; alors, le poumon sain est suractivé dans ses fonctions en raison directe de son congenère ; aussi, Laënnec remarque-t-il judicieusement que le développement d'une respiration puérile dans le côté sain, contribue beaucoup à faire cesser la dyspnée (1). Dans les pleurésies avec épanchement, la dyspnée va croissant jusqu'à la mort, ou diminue progressivement, même alors que l'épanchement persiste: cette dernière circonstance promet la prochaîne résorption du liquide, ou bien, enfin, la dyspnée n'a jamais existé dans le cours de la maladie; il faut bien admettre, puisque l'expérience l'a démontré, que des collections liquides considérables, suite de pleurésie, ont pu exister assez long-temps chez quelques individus sans apporter aucune gêne à leur respiration ; M. Andral, et avant lui, L. Franc, en ont rapporté des exemples (2) ; dans ces cas là, la cavité thoracique, tapissée par une exudation membraniforme, n'est pas ramenée, comme le pense le premier de ces auteurs, à une certaine analogie avec des reservoirs naturels, tels que la vésicule du fiel, la vésicule urinaire; car, le fiel et l'urine sont régulièrement éliminés après un séjour plus ou moins long dans ces poches, tandis que le liquide thorachique, s'il n'est résorbé, attend qu'une fistule bronchique ou la ponction lui ouvre une voie anormale d'écoulement. Laënnec attribue l'extrême intensité de la dyspnée, à l'une des trois causes suivantes: 1° un catarrhe sec, antérieur à la pleurésie, qui empèche la respiration de devenir puérile dans le côté sain; 2° un asthme spasmodique

---

(1) *Opusc. cit.*; tom. II, pag. 144. (2) Médec. prat. ; tom. IV, pag. 140.

qui produit le même effet ; 3° un épanchement excessivement abondant dès le principe, augmentant avec rapidité, et entraînant en peu de jours l'anasarque du côté affecté et même de tout le corps. M. Weber affirme que les cas de simples pleurésies ne sont jamais accompagnés que d'une dyspnée modérée, et que l'intensité de ce symptôme annonce une complication, soit pneumonie, emphysème ou lésion organique du cœur. Quoiqu'il en soit, la respiration est quelquefois accélérée, brève, là où l'auscultation ne constate aucune des complications précitées ; c'est que tous les symptômes ne traduisent pas une modification de tissu, c'est que, malgré l'assertion de M. Weber, la dyspnée intense ne suppose pas toujours l'emphysème, la pneumonie, etc. Il n'y a pas au fond de tous les dérangemens fonctionnels et sympathies morbides, qui sont l'accompagnement ordinaire des phlegmasies aiguës, une si palpable matérialité.

La toux peut manquer, bien que l'inflammation soit très-forte, et qu'un liquide abondant se soit déposé entre les deux feuillets de la plèvre. M. Andral a constaté l'absence de ce symptôme chez un grand nombre d'individus, et M. Louis, toujours avide de résultats numériques, n'a pas observé une seule secousse de toux chez trois cents pleurétiques. Le plus souvent elle existe légère au début, et disparaît ensuite. L'irritabilité bronchique du sujet et les conditions locales et atmosphériques influent sur la production de ce symptôme : c'est ainsi qu'à Calvi (Corse), qui doit à son exposition d'être balayé par des vents presque continuels, les pleurites développées chez nos soldats ont toujours offert de la toux et des crachats. La toux pleurétique est habituellement sèche, imparfaite, comme avortée ; jamais elle n'éclate par quintes. La rareté de l'expectoration avait déjà été notée par Arétée, qui la donne comme un signe propre à distinguer la pleurésie de la pneumonie. Quant à la nature des crachats, elle ne fournit aucun élément positif pour le diagnostic ; ils sont les mêmes que ceux du catarrhe ; leur forme, leur aspect, leur consistance ne diffèrent pas de ce que l'on observe dans le catarrhe ; aussi, l'importance que les anciens attachaient aux conditions de la matière expectorée, n'est plus comprise de nos jours. Quant à la pleurésie, rien de variable, et, pour ainsi dire, de capricieux comme les phases d'une sécrétion morbide ; et si, parfois, cet ordre de faits est vainement interrogé

dans la bronchite, dans la tuberculisation pulmonaire, etc., quel profit en tirera-t-on pour le diagnostic de la pleurésie ? Il est cependant un cas assez rare, où il mérite attention; nous voulons parler de l'évacuation par la voie des bronches, d'une collection liquide de la plèvre : des faits de ce genre, ne manquent pas dans les auteurs; reconnaîtra-t-on alors la matière de l'épanchement à la qualité et à la quantité des crachats ? « Leur fétidité extrême, leur odeur hydro-phosphorique, alliacée, leur « abondance après une pleurésie manifeste, doivent faire soupçonner la « communication des bronches avec la cavité de la plèvre, laquelle « n'arrive guère que dans la pleurésie chronique (1). » Cette assertion de M. Rostan occasionerait des erreurs, si elle n'était rectifiée par la comparaison des faits. M. Andral a recueilli une observation où l'existence d'une fistule bronchique a coïncidé avec une expectoration inodore; les observations de bronchites chroniques, avec fétidité des crachats, sont en grand nombre. De là, leur confusion, quelquefois avec la phthisie. L'évacuation brusque et copieuse des crachats n'est pas un plus sûr indice de l'établissement d'une communication des bronches avec l'épanchement de la plèvre; celle-ci doit être large, pour que ce mode d'expuition ait lieu, et l'on sait que d'ordinaire ces solutions de continuité sont étroites; elles le sont constamment dès le principe: d'autre part, cette espèce de demi-vomissement des crachats a lieu dans la phthisie, quand une excavation tuberculeuse se vide dans les bronches; on le retrouve encore dans certains catarrhes avec dilatation bronchique et sécrétion très-abondante.

Le décubitus n'a jamais lieu sur le côté affecté, tant qu'il y a douleur; le décubitus sur le côté sain n'est possible qu'avec la diminution de la fièvre et de la dyspnée. La situation de la majorité des malades est le décubitus dorsal; quelquefois les malades présentent une légère inclinaison vers le côté de l'épanchement (décubitus diagonal), rarement observe-t-on des malades qui se couchent entièrement sur le côté où siége l'épanchement. Si le phénomène du décubitus ne peut éclairer le médecin sur la nature de l'affection, il sert, dans certains cas, à éveiller

(1) Médec. clin., 1826.

sa sollicitude et à diriger ses recherches. Dans une pleurésie latente, où nul trouble physiologique ne décèle l'existence d'un épanchement quelquefois considérable, on détermine une forte dyspnée en faisant coucher le malade sur le côté sain. Qu'un phthisique, qui précédemment supportait toutes les positions dans le lit, ne puisse plus, sans imminence de suffocation, affecter que le décubitus d'un côté, explorez sa poitrine, et les signes d'un épanchement vous deviendront manifestes.

Nous ne terminerons pas cette rapide revue des principaux symptômes sans signaler la fièvre qui les accompagne plus ou moins long-temps : la pleurésie étant une inflammation locale, la fièvre qui se manifeste avec elle est purement réactive; son intensité est proportionnée à l'intensité, à l'étendue et aux complications de la pleurésie; elle appartient particulièrement à la période de congestion et d'irritation vasculaire de la plèvre; elle tombe avec l'orgasme inflammatoire, et sitôt qu'une exhalation plus ou moins abondante consomme avec le trop plein des capillaires, l'excès de vitalité ou de stimulus fixé sur la plèvre; elle reparaît quand la résorption du fluide épanché n'a pas lieu. Telle est l'idée que l'on retrouve dans la plupart des auteurs, touchant la fièvre des pleurétiques, à nos yeux elle représente quelque chose de plus: l'élévation remarquable de la température cutanée, les caractères particuliers imprimés au pouls, la modification en quantité et en nature de la plupart des sécrétions (sueur, urine, etc.).

Quelquefois le trouble des fonctions cérébrales, cet ensemble d'altérations qui constitue le phénomène complexe de la fièvre, ne nous paraît pas en rapport avec les limites qui circonscrivent la plupart des inflammations de la plèvre, et avec l'énergie vitale de cette membrane, où l'anatomie n'a pas encore poursuivi de filets nerveux. Cet appareil symptomatique exprime le molimen inflammatoire général qui se résout en sa localisation sur la plèvre. Il ne faut donc pas confondre la fièvre qui existe au début de la pleurésie, avec celle qui se manifeste plus tard, et signale son passage à la chronicité et la persistance de l'épanchement; c'est cette dernière que l'on peut appeler réactive, elle irradie véritablement de la lésion locale, tandis que l'autre crée et dépose, pour ainsi dire, cette lésion dans l'organisme.

Les symptômes que nous venons d'examiner, combinés entre eux et quelques autres indices de moindre signification, ont pu suffire à des observateurs célèbres pour asseoir sûrement le diagnostic de la pleurésie; mais pour que la notion précise de cette maladie cessât d'être au prix d'une sorte de divination, pour que l'art fût soustrait aux hasards du tact médical, il fallait un autre ordre de signes, moins fugitifs, moins variables que les vicissitudes fonctionnelles des organes, et dont la production fût un effet nécessaire des conditions physiques de la maladie : cet ordre de signes, la science en est redevable au génie de Laënnec; en réunissant la pratique de l'auscultation à celle de la percussion et de la mensuration, on poussera dans la plupart des cas de pleurésie, le diagnostic presque jusqu'à la certitude.

B. Signes physiques. *Mensuration.* A mesure que le liquide est exhalé par la plèvre, il remplit la cavité thoracique, comprime le poumon et soulève les côtes: le diamètre antéro-postérieur du côté malade est donc augmenté; cette dilatation se perçoit à la simple inspection du malade, quand celui-ci est couché d'à-plomb, et que l'on se place au pied du lit, sur le prolongement de l'axe du corps. On remarque alors chez l'homme, outre l'ampliation latérale du thorax, le mamelon du côté malade, plus élevé que celui du côté sain; si le sujet que l'on examine a peu d'embonpoint, les espaces inters-costaux paraissent même excavés; ils sont comme poussés en dehors et nivelés avec les arcs osseux; cette différence est parfaitement appréciable à la main glissant sur les parois du thorax; quelquefois même les intervalles des côtes débordent ces dernières, et lorsque l'épanchement tend à se faire jour par l'abcès de la paroi thoracique, on y sent de la fluctuation. Cet agrandissement de dimensions d'un côté peut s'opérer en peu de temps; M. Andral ne l'a jamais vu porté au-delà d'un point et demi, et M. le Docteur Faure a reconnu un point de dilatation chez l'un des malades qu'il a opéré de l'empyème (1). Il serait hasardeux de s'en tenir au jugement de l'œil; on détermine donc le degré d'ampliation du thorax en mesurant comparativement les deux

---

(1) Considérations sur l'empyème, thèse de M. Michel Levy; Montpellier, 1634.

côtés au moyen d'un ruban inextensible, fixé par une extrémité sur le milieu du sternum et par l'autre sur l'apophyse épineuse d'un vertèbre.

La percussion, inventée par Avenbrugger, dont l'ouvrage serait à peine connu sans les illustrations de Corvisart, aide à faire connaître les commencemens, les progrès et les limites de l'épanchement. Tant que celui-ci n'est pas formé, la sonoréité du thorax est normale; mais comme il est rare qu'une pleurésie dure quelque-temps sans donner lieu à une exhalation plus ou moins abondante, la matité ne tarde pas à se déclarer sur quelque point du thorax. D'après Laënnec, le liquide épanché se répand sur tous les points du poumon, de manière à généraliser sur toute la paroi thoracique le phénomène d'une matité plus ou moins prononcée; mais les faits témoignent que lorsqu'il n'existe point d'adhérences, produit d'une ancienne pleurésie, le liquide s'amasse à la partie inférieure du côté affecté, refoulant graduellement le poumon en haut et en arrière, de sorte que sa quantité peut être journellement mesurée par une ligne qui délimite la hauteur de la matité, comme aussi il est possible, en changeant la posture du malade, de déplacer avec le liquide la matité qui le dénote. La région antérieure de la poitrine, grâce à sa médiocre épaisseur, permet de constater exactement par la percussion le niveau où s'arrête le liquide; en arrière, la saillie de l'omoplate et l'épaisseur de la couche musculaire empêchent l'exacte détermination de cette circonstance. S'il est vrai que l'épanchement se fait de bas en haut, le poumon doit se réfugier et se condenser graduellement vers sa racine; dans le cas où l'épanchement n'a pas lieu avec une abondance et une vitesse excessives, la résonnance de la région claviculaire y dénotera sa présence: c'est, en effet, ce qui arrive; mais comme la compression du poumon, sans le rendre imperméable à l'air, s'oppose à la facile pénétration de ce gaz, le son diminue, sans devenir mat, dans une étendue de deux à quatre pouces au-dessous de la clavicule. Dans les cas d'épanchement double, le son baisse simultanément dans les deux côtés, et si la matité est médiocre, le défaut d'un terme de comparaison peut faire prendre cette nuance de sonoréité pour un état physiologique; c'est une erreur à éviter. Dans les épanchements partiels, enkystés, la circonscription de la matité détermine le rayon de la maladie; les observations

1, 4, consignées dans le beau travail de Delpech, sur l'empyème (1); les observations 24 et 27 de M. Andral (*op. cit.*), en offrent des exemples dignes d'étude. La matité appartient aussi à la péripneumonie; mais étrangère à la période d'engouement, elle ne se manifeste qu'avec l'hépatisation, encore se développe-t-elle alors graduellement, et les symptômes qui l'ont précédée (crachats sanguinolens, râle crépitant, etc.) ne laissent aucun nuage sur le diagnostic; la pneumonie latente peut seule, sous ce rapport, donner lieu à l'incertitude. Notons aussi qu'il est des pleurésies où la matité manque; telles, les inflammations qui occupent une portion de la plèvre qui tapisse la face interne du poumon et les médiastins; telles encore certaines pleurésies interlobaires et diaphragmatiques. Quant au mode de percussion, le plus simple consiste dans l'emploi de la main. Le plessimètre de M. Piorry a un son propre qui altère celui du thorax; les types de résonnance établis par ce médecin n'offrent rien de constant ni d'exact; ainsi le son stomacal variera selon l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac, selon sa distension par les alimens solides, par des liquides ou des gaz; le son hydatique est une subtilité d'acoustique qui ne saurait devenir familière à l'oreille que par une longue éducation; l'application du percuteur produit d'ailleurs une sensation de froid incommode au malade et même douloureuse. Le procédé sonorimètre de M. Louis nous paraît le plus avantageux : poser sur le thorax la face dorsale d'un doigt et frapper contre sa face palmaire avec les doigts de l'autre main : tout le son obtenu provient de la poitrine.

Auscultation sthétoscopique. Dès l'invasion de la douleur pongitive, le bruit respiratoire perd de son énergie; ce qui s'explique par la diminution pour ainsi dire extinctive de l'expansion pulmonaire, qui renouvelle et aiguise le point douloureux. L'épanchement a-t-il commencé, la respiration disparaît successivement de la région qu'il envahit, et ne s'entend plus qu'aux points où le poumon se retire comprimé, c'est-à-dire, au-dessous de la clavicule, dans la gouttière vertébrale, à l'angle de l'omoplate, selon que l'organe de l'hématose se trouve repoussé en haut, vers sa racine, ou en arrière vers les côtes, où il reste appliqué

(1) Mémorial des hôpitaux du midi. 1829.

sous forme d'une lame peu épaisse, etc. Encore, sur ces différents points, la respiration s'entend plus faible que du côté opposé, en raison de la condensation du tissu vésiculaire du poumon. Enfin, quand l'épanchement est très-abondant et remplit toute la cavité pleurale, avec la complète matité du côté affecté, coïncide l'absence totale du bruit respiratoire, tandis qu'il s'exagère par compensation et devient puéril dans le côté sain. Ces modifications successives de la respiration n'ont pas toujours lieu avec une régularité didactique: 1° d'anciennes adhérences peuvent retenir à sa place ordinaire le lobe inférieur du poumon; de manière qu'un murmure vésiculaire traversera encore le sthétoscope en cette région, tandis qu'une matité et un silence absolus existeront supérieurement; 2° dans les épanchemens médiocres, les différentes postures du malade déplaceront d'un point à un autre le bruit respiratoire, ou même celui-ci s'entendra dans toute l'étendue d'un côté, traversant facilement la petite couche de liquide qui sépare le poumon de la plèvre costale; de là, la coïncidence d'un certain degré de matité avec la perception du bruit respiratoire, deux phénomènes qui semblent s'exclure; 3° le côté malade, quoique entièrement mat, peut encore transmettre à l'oreille un bruit respiratoire très-distinct, surtout en arrière, dans le voisinage de la colonne vertébrale; c'est qu'alors, dit M. Weber, qui le premier a expliqué ce phénomène, le côté malade, formant un corps continu à cause de l'épanchement, sert de moyen de transmission au bruit respiratoire qui a lieu dans le côté sain, ce qui prouve ce fait, c'est qu'on a pu entendre dans le côté malade certains râles produits dans le côté sain; toutefois cette propagation des bruits d'un côté, à travers l'épanchement du côté opposé, doit être envisagée, en raison de sa rareté, comme un fait exceptionnel. Il est presque aussi rare que le bruit respiratoire soit remplacé dans le côté de l'épanchement par la respiration bronchique. Sans doute la compression produite par l'amas liquide, peut se borner aux vésicules pulmonaires, et, dans ce cas, les conditions pour la production de la respiration bronchique, existent dans la pleurite, aussi-bien que dans la pneumonie, que ce phénomène accompagne ordinairement; mais presque toutes les bronches participent ordinairement à la compression: aussi, la rareté de la respiration bronchique dans la pleurésie

constitue un signe important pour la distinction de cette affection d'avec la phlegmasie du parenchyme pulmonaire.

L'accumulation de mucosités dans les bronches non comprimées par l'épanchement donne lieu à des râles divers qui sont transmis au cylindre à travers la masse du liquide. Le signe pathognomonique de la pleurésie est l'égophonie, modification particulière de la voix, qui est exprimée par le sens étimologique du mot. Quelles sont les circonstances où l'égophonie a lieu, quelles sont ses variétés et ses analogies, avec d'autres retentissemens stéthoscopiques ? Sans la notion précise de ces trois points, on est exposé à des illusions et à des erreurs d'acoustique dont la gravité n'échappe à personne. Les parties où se rencontrent le plus fréquemment l'égophonie sont l'espace compris entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate, le voisinage de l'angle inférieur de ce dernier os, et la partie moyenne et latérale de la poitrine jusqu'au mamelon. L'existence d'un épanchement médiocrement abondant, ou de pseudo-membranes encore molles et pour ainsi dire vibratiles (Delpech), donne lieu à sa production ; elle cesse quand l'épanchement devient très-considérable, ou se réduit à peu de chose ; elle signale infailliblement le début de la pleurésie chez un sujet dont la plèvre est encore vierge de phlegmasie ; son retour, après une première disparition, annonce le progrès de la résorption ; sa dissémination dans toute l'étendue d'un côté est l'indice d'un épanchement médiocre, uniformément répandu sur toute la surface du poumon; il s'y joint alors un reste de bruit respiratoire dû au peu de compression que subit le poumon. D'après Laënnec, l'égophonie se montre presque après l'apparition de la maladie ; M. Rostan affirme, au contraire, qu'elle n'est percevable qu'au bout de quelques jours. Elle est loin de s'offrir chez tous les individus, ou de se reproduire dans le cours d'une même pleurésie avec des caractères invariables : tantôt c'est un chevrotement que l'on entend, tantôt c'est un bruit analogue au bredouillement de Polichinelle (Andral), d'autrefois la voix est comme étouffée, et l'articulation de chaque mot s'accompagne d'une sorte de souffle. M. Andral parle d'un malade chez lequel le chevrotement de la voix existait seulement, mais d'une manière distincte lorsqu'il prononçait le mot

oui; le même auteur prétend que la nature du corps interposé n'est pour rien dans la production de certains phénomènes de la voix, et que dans l'hépatisation pulmonaire, la résonnance particulière de la voix peut simuler diverses nuances de retentissement égophonique et même la pectoriloquie. La possibilité de ces analogies a déjà été indiquée par Laënnec, lorsqu'il reconnaît que la principale cause de l'égophonie est un état de demi-compression des bronches, circonstance qui peut résulter de l'endurcissement du tissu pulmonaire aussi-bien que d'un épanchement pleurétique; mais cette fausse égophonie, si on peut ainsi l'appeler, qui s'entend quelquefois dans l'hépatisation, est précédée et accompagnée d'autres symptômes qui n'appartiennent pas à la pleurésie; celle-ci présente de son côté un ensemble symptomatique auquel l'addition d'un signe aussi essentiel que l'égophonie imprime le caractère de la certitude. Il est d'ailleurs une distinction facile et péremptoire à établir entre l'hépatisation pulmonaire et la pleurésie: si l'on constate l'existence simultanée des trois signes suivans, matité légère, égophonie, bruit d'expansion pulmonaire plus favorable que du côté sain, mais sans mélange de râle crépitant, l'inflammation de la plèvre est certaine, et ce cas est le plus ordinaire; y a-t-il au contraire matité complète, résonnance de la voix imitant plus ou moins l'égophonie, absence du bruit respiratoire, ou respiration bronchique? Le doute commence, et il faudra invoquer d'autres faits pour prononcer s'il y a pneumonie ou épanchement pleurétique. Aux yeux de M. Andral, le défaut d'expectoration sanguinolente est une très-forte présomption en faveur de l'existence de la première. La bronchophonie est un autre bruit capable en certaines circonstances d'en imposer à une oreille inexercée; mais elle n'a pas le caractère aigre et saccadé de l'égophonie avec laquelle elle coexiste souvent. En général, pour échapper aux erreurs de l'auscultation, trois conditions sont à remplir: se familiariser avec cette méthode exploratrice, l'appliquer avec une sérieuse attention et en répéter fréquemment l'application dans la même journée sur le sujet qu'on traite; il serait difficile, avec cela, de ne pas atteindre, sinon toujours à la certitude, du moins à une somme de probabilité qui permet d'agir. La présence, la cessation, le retour de l'égophonie sont en rapport avec les phases de l'épanchement.

Laënnec et M. Reynaud (1) ont noté le signe fourni par les vibrations thoraciques ; mais ce dernier y attache plus de valeur que l'auteur de l'auscultation; voici ce qu'en dit M. Reynaud: « L'absence plus ou moins « complète des vibrations des parois thoraciques, perçue par la main « appliquée contre elle au moment où le malade parle, est l'indice cer- « tain, quand elle n'a lieu que d'un côté, qu'un épanchement pleuré- « tique, plus ou moins certain, existe dans ce même côté. L'appréciation « de la différence existant sous ce rapport dans les deux côtés de la « poitrine, peut faire reconnaître la quantité du liquide épanché; et « cette même appréciation faite à diverses hauteurs, dans le côté af- « fecté, permet souvent de reconnaître celle à laquelle il s'élève, et de « déterminer son niveau ». On doit à M. Reynaud la connaissance d'un autre signe qui a été souvent vérifié par l'observation: en faisant coucher le malade sur le ventre, on entend un bruit semblable à celui de deux corps frottant l'un contre l'autre ; ce bruit, qui paraît saccadé, a lieu alternativement de haut en bas et de bas en haut dans les mouvemens d'expiration et d'inspiration; sa vitesse et son intensité sont proportionnées à celle de ces mouvemens; il est percevable à l'oreille nue; ce bruit ne s'entend qu'avant l'épanchement, ou lorsque l'épanchement diminue; c'est dû, en effet, au frottement de la plèvre pulmonaire avec la plèvre costale dont la surface, lisse et lubréfiée dans l'état naturel, est devenue sèche et comme rugueuse par suite de la phlogose.

Le diagnostic n'est pas également facile dans toutes les variétés de la pleurésie, ces variétés se rapportent à l'existence ou à l'absence de l'épanchement, au siége de l'inflammation et à ses différentes complications.

1° Certaines pleurésies tendent rapidement vers la guérison, après n'avoir offert que des symptômes fonctionnels; pas de matité, pas d'égophonie; frisson, douleur pongitive, toux sans autre expectoration que celle du catarrhe, faiblesse du bruit respiratoire du côté affecté, résultant de l'inégale dilatation du thorax, fièvre avec dureté du pouls, aspect couenneux du sang, tels sont les caractères assignés par M. Andral à ce

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1819, pag. 21.

qu'il appelle *pleurésies sèches* et dont il rapporte trois cas. Laënnec n'admet pas que la plèvre puisse s'enflammer sans verser de liquide. Entre ces deux opinions, M. Chomel observe une sorte de milieu; il admet lui, non des pleurésies sèches, mais des pleurésies sans épanchement, caractérisé par une exhalation très-médiocre et presque solide, alors, dit M. Chomel, l'égophonie peut manquer, et le son reste clair. Mais il est évident que le son ne sera pas clair, si la plèvre est doublée par le produit soldifié d'une exhalation plastique; d'autre part, n'est-ce pas jouer sur les mots que de nier l'épanchement là où la matière sécrétée s'organise immédiatement et se dispose en couche membraneuse sur la surface pleurale? C'est dire que le sang de la saignée, s'il se coagule instantanément dans le vase, n'a pas jailli liquide de la veine. Nous croyons que la grande majorité des faits recueillis dépose en faveur de l'opinion de Laënnec; une exhalation plus ou moins concrescible nous paraît le caractère général de l'inflammation des plèvres; quant aux pleurésies sèches, toujours suivies de guérison, elles n'ont pu être vérifiées par la nécroscopie: comment les distinguer d'ailleurs d'une pleurodynie, d'une inflammation du tissu cellulaire sous-pleural, que l'on trouve quelquefois injecté, arborisé, sans lésion concomitante de la plèvre, ou d'un état rhumatismal de la plèvre, simulant la phlegmasie de cette membrane? Il n'est pas naturel de baser des distinctions sur les différences du fluide épanché; la pleurésie hémorrhagique de Laënnec, consistant dans un épanchement de sang ou de sérosité sanguinolente, n'est pas une variété; selon cet auteur, les pseudo-membranes fibro-cartilagineuses ne peuvent se former que dans la pleurésie hémorrhagique dont l'épanchement, mélangé d'albumine et de fibrine, seul en peut fournir les élémens; mais l'anatomie pathologique a fait voir, dans une collection séreuse de la plèvre, l'existence de concrétions fibro-cartilagineuses, et, d'autre part, l'analyse chimique a extrait de la fibrine des fausses membranes ordinaires. La rapidité de l'exsudation, les douleurs plus aiguës sont indiquées comme caractères de la pleurésie hémorrhagique; mais ils sont loin d'être constans, l'observation II de la thèse de M. Levy, présente un exemple d'épanchement sanguinolent dont les symptômes n'ont en rien différé des cas de pleurésie ordi-

naire. On pourrait confondre quelquefois avec les épanchemens hémorrhagiques, ceux qu'une transsudation sanguine cadavérique aurait colorés en rouge. A quelle époque commence l'exhalation? Laënnec l'a constatée, par le cylindre, quelquefois une heure après l'apparition du point pleurétique, constamment du premier au deuxième jour. « La percussion et l'auscultation ne fournissent, dit M. Rostan (1), aucun signe bien clair dans les commencemens de la maladie; ce n'est que lorsqu'il se forme une collection de liquide que ces moyens d'exploration fournissent des données utiles, et l'expérience nous a prouvé que ce n'était jamais dans les premiers jours. » Il fallait dire que l'épanchement n'est appréciable quelquefois qu'au bout de plusieurs jours; la rapidité de sa formation, comme son absence, varient selon les individualités.

2° La pleurésie double, mérite une mention spéciale; une dyspnée plus intense et des symptômes généraux plus graves ne suffiraient pas pour la faire reconnaître, si l'on n'y joignait les données de l'auscultation. M. Broussais a remarqué que son début n'est que rarement annoncé par la douleur pongitive. La percussion ne donne pas de résultats comparatifs, les deux côtés offrant le même son. L'épanchement effectué, l'égophonie dissipe toute incertitude; mais le malade peut succomber avant que les collections soient formées; le danger est grand surtout dans l'inflammation qui envahit simultanément une grande surface des deux plèvres, que l'épanchement soit abondant d'un côté et médiocre de l'autre, ou qu'il soit également médiocre des deux côtés. Une pleurésie double qui se prolonge et qui tire même à la chronicité, est nécessairement très-circonscrite, ou l'une d'elles s'est ajoutée récemment à l'autre; c'est ainsi que l'on voit presque toujours, dans une pleurite, ou dans une pleuro-pneumonie qui tend à une issue funeste, une pleurésie légère se manifester dans les côtés qui avaient été épargnés jusqu'alors. Les épanchemens peu copieux et mêlés de quelques traînées pseudo-membraneuses de récente date, se rencontrent chez beaucoup de

(1) *Op. cit.*

sujets qui succombent à des affections aiguës ou chroniques : ils sont le produit d'une double pleurésie légère développée durant l'agonie.

Les inflammations partielles de la plèvre se partagent en trois groupes, celles qui restent limitées à une petite surface de la membrane séreuse, bien qu'il n'y ait aucun obstacle à leur extension; celles qui sont circonscrites par la disposition même des parties; celles, enfin, qui le sont par des adhérences anciennes, ou une oblitération incomplète de la cavité pleurale, sous le rapport de leur gravité; il faut distinguer les pleurésies partielles simples de celles qui ne sont, en quelque sorte, qu'un accompagnement de diverses affections du parenchyme pulmonaire; les premières suivent presque toujours une terminaison heureuse; les autres marquent les progrès des maladies dont elles font partie. C'est dans les pleurésies circonscrites que l'auscultation fait ressortir ses avantages; les symptômes généraux sont presque nuls; les symptômes locaux se résument dans la sensation du point de côté. Combien d'individus présentent, après leur mort, des brides et des adhérences celluleuses de la plèvre, qui, pendant leur vie, n'ont accusé aucune douleur de poitrine ? Il en est de ces formations plastiques comme des adhérences péritonéales qui unissent quelquefois entre elles deux anses d'intestin grêle, ou des adhérences que l'on trouve entre différentes portions d'arachnoïde, sans que les individus sur lesquels on observe ces altérations aient offert, avant leur mort, des signes de péritonite ou d'arachnoïdite. L'inflammation peut se circonscrire sur tous les points de la surface pleurale. Examinons les cas les plus ordinaires de pleurésie partielle.

A. On appelle *pleurite interlobaire*, celle dont l'épanchement est contenu entre les scissures des lobes du poumon. Bayle est le premier qui ait fait connaître cette variété qui peut en imposer pour un abcès du poumon. Les bords des scissures sont agglutinés, les surfaces correspondantes des lobes sont écartées par la masse de l'épanchement, de manière que le poumon est refoulé, creusé dans ces points. On trouve quelquefois les bords des scissures adhérens entre eux par des lames séreuses, sans qu'il existe aucune trace d'exsudation sur la surface des scissures; il en résulte une véritable poche sans ouverture, et si, plus tard, une exha-

lation a lieu à la surface des scissures, le liquide se trouvera comme enkysté. La quantité de ce liquide peut varier depuis quelques onces jusqu'à une livre; le diagnostic est couvert d'un voile, l'auscultation se tait, à moins que les bords des scissures pulmonaires ne soient fixés par des liens celluleux à la plèvre costale. Même obscurité, quand l'épanchement interlobaire vient à s'ouvrir dans les bronches, quoique cette issue soit heureuse; l'aspect de la matière expectorée ne permettrait pas d'augurer de son origine.

B. La pleurésie *costo-pulmonaire* est assurément la plus fréquente; on la constate à l'aide de l'auscultation et des symptômes locaux, et presque toujours il est aisé d'en déterminer la circonscription. On croyait autrefois qu'un point de la plèvre pulmonaire pouvait s'enflammer isolément; l'on a constaté par les autopsies, que le plus souvent le point correspondant de la plèvre costale participe à l'inflammation. C'est à cette espèce que se rapportent les signes tirés de l'immobilité des côtes, de la respiration diaphragmatique. Après l'évacuation ou la résorption du liquide, si les fausses membranes costo-pulmonaires qui les contenaient ont acquis un certain degré d'organisation qui les rend fermes et résistantes, le poumon ne revient plus à son volume primitif, il reste fixé dans l'étroit espace où il avait été repoussé par l'épanchement. C'est là une particularité qui nuit au succès de l'opération de l'empyème, et qu'il est difficile de déterminer.

Delpech, dans le travail que nous avons déjà cité, a consigné plusieurs cas de pleurésie costo-pulmonaire, où l'auscultation a parfaitement fait reconnaître les limites de l'épanchement.

C. La matité, une douleur profonde derrière le sternum, l'absence du bruit respiratoire, tels sont les symptômes les plus constans de la pleurésie *médiastine*: qui ne sent leur insuffisance pour le diagnostic? Dans un cas cité par M. Andral (*opusc. cit.*, p. 517 et suiv.), la douleur se déclara d'abord entre le téton gauche et le sternum; le lendemain elle se faisait sentir au-dessous de la clavicule droite, et on la regarda comme rhumatismale; le surlendemain, la douleur était revenue à son siége primitif; la face du malade était grippée, exprimait l'anxiété la plus vive; le pouls était dur, fréquent: présomption de péricardite. Depuis ce

moment jusqu'à la mort, qui eut lieu le 24e jour, il n'y eut d'autres phénomènes notables que le décubitus sur le dos, le son mat entre le sein et le sternum, et plus tard, dans toute l'étendue de la région précordiale, la faiblesse des battemens du cœur. L'autopsie montra, derrière le sternum, les cartilages de huit ou neuf dernières côtes gauches, et derrière la terminaison de ces côtes elles-mêmes, une vaste cavité remplie par un pus épais et grumeleux. Cette poche accidentelle s'était formée aux dépens du médiastin, et derrière elle, le péricarde existait intact. Deux autres collections pleurétiques, situées, comme la précédente, entre la surface interne du poumon et le médiastin, n'ont donné, du vivant des malades qui les portaient, aucun signe particulier, et ne furent également reconnues qu'à l'inspection cadavérique. Il faut conclure de ces faits, que le diagnostic de la pleurite médiastine ne va pas au-delà de la présomption.

D. Voici les symptômes de la pleurite diaphragmatique, ou paraphrénésie : une douleur, parfois très-aiguë, le long du bord cartilagineux des côtes asternales, qui se répand le plus souvent dans les hypocondres et jusque dans les flancs ; la pression, la toux, tous les efforts exaspèrent cette douleur, qui rarement commence à l'appendice xyphoïde ; l'immobilité du diaphragme dans l'inspiration qui ne s'exécute que par le mouvement des côtes ; une orthopnée qui oblige les malades à pencher le tronc en avant ; une anxiété continuelle, qui se peint dans les traits du visage. A ce tableau se joignent d'autres symptômes qui ne sont pas constans : tels que les vomissemens, les nausées, le hoquet, produits par l'irritation sympathique du diaphragme, et dont l'existence ne suppose nullement une altération de l'estomac. Par un autre effet des sympathies morbides, on observe quelquefois le délire intermittent ou continu, les secousses convulsives des muscles de la face ; que si l'inflammation frappe la plèvre diaphragmatique du côté droit, le foie y peut participer et l'ictère se manifester.

Boerrhaave, Van-Swieten, De Haën et la plupart des pathologistes ont placé le rire sardonique au nombre des caractères de cette pleurésie partielle, mais il a été rarement observé ; il s'en faut même que les symptômes énumérés plus haut se produisent en bloc de manière à

imprimer à la paraphrénésie une physionomie décidée; plusieurs de ces symptômes se montrent d'ailleurs dans les affections d'autres organes placés dans le voisinage du diaphragme; aussi, malgré l'autorité de Laënnec (1) est-il permis de douter que l'absence de la respiration et du son soient suffisans pour établir le diagnostic de cette variété de la pleurésie; l'égophonie, si on la perçoit, décidera; mais combien il sera rare et difficile de la constater!

3° Toutes les affections aiguës et chroniques peuvent compliquer l'inflammation des plèvres; les plus importantes doivent seules nous occuper ici; ce sont la pneumonie, le pneumothorax, la phthisie et la péricardite.

La première de ces complications appartient plutôt à l'histoire de la pneumonie qu'à celle de la pleurite; elle est de toutes la plus fréquente. L'inflammation peut occuper une portion du parenchyme pulmonaire, tandis que, dans une autre région, la plèvre est phlogosée; les signes de la pneumonie, et ceux de l'épanchement, sont alors perçus distinctement, et il y a plutôt coexistence que complication des deux affections; il n'en est pas de même quand la portion de la plèvre enflammée recouvre immédiatement le siége de la phlegmasie pulmonaire; dans ce cas, la collection liquide ne se forme presque jamais, ce que l'on attribue à l'augmentation de volume et de densité du poumon; cet organe, lorsqu'il est phlogosé, peut, en effet, remplir la cavité pleurale et, d'après la remarque de Stoll, déborder sur son congénère en déplaçant le médiastin: de là, sa pression contre la plèvre à l'exhalation de laquelle il oppose un obstacle mécanique. Quand l'épanchement a lieu et refoule le poumon partiellement enflammé, on perçoit ordinairement sous la clavicule ou dans la gouttière vertébrale, les signes stéthoscopiques de la pneumonie, tandis que ceux de la pleurésie existent dans le reste du côté malade.

Le pneumothorax peut compliquer la pleurésie, surtout dans sa période de chronicité, soit qu'une exhalation morbide ait versé dans la plèvre un fluide aériforme, soit qu'une partie de la sérosité soit convertie en vapeur par la chaleur animale, comme Laënnec et M. Ribes sont

---

(1) *Op. cit.*; tom. II, pag. 202, 2e édit.

portés à le croire, soit que l'épanchement séro-purulent donne lieu par sa décomposition à la production de gaz, soit, enfin, qu'une communication existant entre la plèvre et les bronches, ouvre un accès à l'air extérieur. La double présence d'un gaz et d'un liquide entre les deux feuillets de la plèvre, constitue l'hydro-pneumothorax, dont les principaux signes consistent dans le tintement métallique et le bruit de la fluctuation, déterminé par la succussion hippocratique. Ces deux phénomènes sont pathognomoniques. Il importe de se prémunir contre une erreur assez facile: une personne dont l'estomac contient habituellement des gaz, après avoir bu une certaine quantité de liquide, pourrait, en s'agitant, faire entendre un bruit de fluctuation. Une vaste excavation pulmonaire à demi-pleine de liquide et aboutissant à un tuyau bronchique, peut donner lieu au même phénomène, si ses parois amincies et comme usées adhèrent de toutes parts à la plèvre costale, mais ce cas est d'une extrême rareté.

Après la pneumonie, l'affection qui s'accompagne le plus fréquemment de pleurésie, c'est la tuberculisation pulmonaire. La phthisie donne naissance à la pleurésie de deux manières: 1° les tubercules encore isolés irritent, par leur voisinage ou leur contact, l'enveloppe séreuse du poumon: deux circonstances rendent cette pleurésie très-grave; l'irritation de la plèvre réagit sur le poumon qu'elle congestionne, et accélère la marche des tubercules; d'autre part, la présence de la matière tuberculeuse dans le poumon ressort d'une cachexie générale de l'économie, qui modifie l'inflammation de la plèvre et en dénature les produits; c'est ainsi que les lames pseudo-membraneuses s'infiltrent de tubercules, dégénérescences qui se consomment quelquefois avec une étonnante rapidité. Quand la diathèse tuberculeuse ne se réfléchit pas sur la pleurite, celle-ci a cela d'avantageux qu'elle peut opérer, par une abondante exhalation plastique, l'oblitération de la cavité costo-pulmonaire, et prévient ainsi le passage du pus d'une excavation tuberculeuse dans le sac de la plèvre; 2° ce dernier accident est une deuxième cause de pleurésie, et non la moins fréquente. Qu'une masse de tubercules agglomérés se ramollisse, la nature crée dans les tissus environnans un travail qui a pour terme l'élimination du pus par la voie la plus courte: le foyer est-

il profond, c'est dans les bronches qu'il se vide; superficiel, il peut s'ouvrir dans la plèvre; la perforation de cette membrane s'annonce par une douleur aiguë dans l'un des côtés, une dyspnée extrême, une anxiété croissante; les antécédens du malade ne laissent aucun doute sur l'origine de ces symptômes; la marche de cette pleurésie est rapide et son issue toujours funeste, à moins qu'une cloison pseudo-membraneuse ne circonscrive immédiatement la matière épanchée et que celle-ci ne soit rejetée plus tard par voie d'expectoration. Quand la caverne qui vient de se vider dans la plèvre se continue avec des rameaux bronchiques, rien ne s'oppose à la pénétration de l'air dans la poitrine, et le stéthoscope fait entendre le tintement métallique, le gargouillement, la respiration amphorique. Telles sont les pleuro-phthisies; leur gravité provient de la lésion pulmonaire, et, chose digne de remarque, leur fréquence est en raison directe du nombre des tubercules qui existent dans le poumon correspondant à la plèvre phlogosée.

La coexistence d'une péricardite jette beaucoup d'incertitude sur le diagnostic de la pleurésie; il peut arriver que la péricardite ne donne lieu à aucun symptôme particulier et qu'elle reste méconnue (obs. 34 de M. Andral; tom. 2): la pleurésie médiastine, comme on l'a vu plus haut, peut être prise quelquefois pour une phlegmasie du péricarde.

La pleurésie se résout, devient chronique ou entraîne la mort. Voici ce qui se passe dans la résolution : quand l'épanchement n'est pas circonscrit, c'est de haut en bas qu'il décroît, phénomène inverse de ce qui a lieu lors de sa production, et qui s'explique par la pesanteur spécifique du liquide et la configuration de la poitrine; c'est donc dans les parties postérieures et inférieures du thorax que l'on constate en dernier lieu la présence d'un liquide. La diminution graduelle de l'épanchement s'accompagne d'un bruit de frottement, signalé par M. Reynaud, mais seulement dans les cas où les deux surfaces de la plèvre ne sont pas rapprochées par de fortes pseudo-membranes. Le poumon comprimé revient peu à peu à son volume primitif et suit en quelque sorte le niveau de la résorption; en même temps reviennent les sonorités et le bruit respiratoire qui finissent par se généraliser dans tout le côté: cette terminaison est la plus heureuse; elle couronne les pleurésies aiguës où

l'épanchement est resté médiocre, ou, quoique abondant, s'est promptement résorbé; les concrétions albumineuses qui existent entre la plèvre et le poumon, ne résistent pas aux alternatives d'expansion et de resserrement de ce viscère qui a conservé toute son élasticité; mais la guérison n'entraîne pas toujours cette complète disparition de tous les signes. Quand l'épanchement a été très-considérable et que l'absorption s'en opère avec beaucoup de lenteur; quand la fermeté des adhérences s'oppose à l'ampliation du poumon ou que celui-ci, par un long repos ou par une sorte d'atrophie, est devenu inhabile à l'hématose, le son ne reprend pas sa clarté; il reste mat ou obscur; le cylindre ne transmet à l'oreille que le silence ou tout au plus une respiration lointaine; souvent, pour en percevoir le murmure, il faut remonter jusqu'à la racine du poumon; les convalescens sur lesquels on observe ces phénomènes, éprouvent un reste de dyspnée qui s'accroît par les exercices forcés; ils ne recouvrent ni leur embonpoint, ni leurs forces premières; en découvrant leur poitrine, on reconnaît une déformation qui échappe sous l'épaisseur des vêtemens; le côté qui a été le siége de la maladie, s'est rétréci dans toutes ses dimensions; les espaces intercostaux sont diminués, et si les côtes sont presque rapprochées, le niveau des deux épaules n'étant plus le même, la démarche est modifiée et ressemble à la claudication; il existe alors plus d'un pouce de différence entre le contour du côté rétréci et celui du côté sain; la colonne subit quelquefois une inflexion dont la concavité répond au côté plus étroit. La coarctation de la poitrine est apparente à l'œil, avant qu'elle soit portée aussi loin, et comme la mensuration en a signalé la dilatation par suite de l'épanchement, de même elle sert à en faire connaître, d'une manière précise, le resserrement: celui-ci est en raison directe de la quantité de liquide que la plèvre a contenu. Cet état succédant à une pleurésie latente, reste souvent inaperçu du sujet lui-même qui le présente. Le rétrécissement commence avec la résorption de la partie séreuse de l'épanchement; mais plusieurs mois peuvent s'écouler avant qu'il soit tout-à-fait manifeste. Le mécanisme de ce rétrécissement s'explique par le vide que laisse dans la poitrine la disparition du liquide, sans que le poumon se dilate pour le remplir. Le volume de cet organe peut être prodigieusement réduit par

l'effet d'une compression prolongée, comme nous le verrons plus bas; il est refoulé, aplati et maintenu en place par des pseudo-membranes d'une organisation très-avancée; les côtes sont donc obligées de se prêter pour que la cavité costo-pulmonaire s'efface, s'oblitère. D'après Delpech, ce rapprochement est dû à l'attraction opérée sur les côtes par la masse pseudo-membraneuse, qui, devenue ce qu'il appelle *corps inodule*, et doué d'une certaine force rétractile, tend à affronter, en quelque sorte, les deux feuillets de la plèvre : ce mode d'action assimilerait les pseudo-membranes aux cicatrices avec lesquelles elles ont plus d'une analogie.

C'est surtout à la pleurésie chronique que se rapportent ces scènes intérieures de la résorption, telles que nous venons de les esquisser. Comme toutes les phlegmasies, la pleurite chronique débute sous cette forme, ou continue la forme aiguë. Dans le premier cas, l'exsudation qu'elle produit est moins albumineuse, moins plastique; la toux amène ordinairement des crachats de catarrhe, et, ce qu'il importe de se rappeler, elle peut exister plusieurs semaines sans provoquer la fièvre. Si elle succède, au contraire, à l'état aigu, il se développe presque toujours un mouvement fébrile avec exacerbations nocturnes, sueurs partielles et tout le cortége des symptômes colliquatifs. La quantité du fluide pleurétique ne paraît pas étrangère au développement de la fièvre; séreux, il l'excite moins que lorsqu'il est purulent.

La pleurite chronique, qui tend à une terminaison fâcheuse, dure de deux à quatre mois: dans les cas favorables, il se passe six mois, un an et même deux ans avant que toute trace d'épanchement ait disparu; heureusement ce lent travail d'oblitération de la cavité pleurale n'assujettit pas au séjour du lit; l'exercice qu'il leur est ordonné de prendre, seconde les progrès de la guérison. Celle-ci ne s'obtient pas seulement par l'absorption du liquide; la nature possède d'autres ressources pour en débarrasser la poitrine : la fistule bronchique, l'abcès du thorax, les excrétions critiques qui ne diffèrent des deux premiers procédés que parce qu'elles entraînent le liquide épanché, par une voie moins patente et moins directe. Quand le rameau bronchique, qui s'ouvre dans la plèvre, est d'un certain calibre, l'épanchement est évacué par le vomissement ou une expectoration copieuse qui dure plusieurs jours et quel-

quefois quelques semaines. D'autres fois on voit se former, sur un ou plusieurs points de la poitrine, des abcès plus ou moins étendus, et accompagnés ou non de l'œdème de la moitié du visage corrspondant, de la main ou de l'extrémité pelvienne du même côté; ces abcès donnent issue à un pus abondant dont le jet est saccadé et se renouvelle par la toux ou les efforts inspirateurs. Le liquide peut se faire jour à la fois et par les bronches et par empyème spontané; le premier de ces deux modes d'élimination est le moins rare; l'un et l'autre, isolés ou réunis chez le même individu, ont des chances diverses. Si l'ouverture bronchique est étroite ou pratiquée de manière à laisser couler le pus sans prêter accès à l'air; si le liquide ne coule pas avec abondance dans les bronches, au point de rendre la suffocation imminente, la guérison est probable. La probabilité augmente dans le cas d'abcès thoracique; souvent alors le pus décrit un trajet sinueux, et s'échappe par une ouverture très-étroite; cette circonstance est d'un propice augure, parce qu'elle met obstacle à la pénétration de l'air dans la cavité de la plèvre. La présence de ce gaz dans le sac empyèmatique, ne tarde pas à se révéler par la fétidité que contracte le pus qui précédemment s'écoulait inodore; l'application du cylindre et la succussion achèvent la certitude du fait. Si l'assimilation de l'air détermine dans le fluide épanché une espèce de décomposition putride, son contact avec la séreuse et les produits solidifiés de son exhalation a pour résultat favorable de ranimer l'inflammation, et de la porter au-delà du degré qui la rend organisatrice et curatrice. Ce danger n'est pas le seul qui accompagne ce mode d'évacuation naturelle de l'empyème; trop souvent le pus se régénère à mesure qu'il sort; son écoulement s'éternise, et le malade succombe dans le marasme. Les auteurs citent cependant des exemples de suintement séreux à travers l'ouverture fistuleuse du thorax, terminé au bout d'un et même de deux ans, par la cicatrisation de cette ouverture et le rétablissement des sujets. Les abcès empyématiques de la poitrine ne doivent pas être confondus avec ceux provenant de la carie des côtes, d'une lésion de la colonne (abcès par congestion), ou des foyers purulens qui auraient leur siége dans les muscles intercostaux, ou le tissu cellulaire sous-pleural; toute incertitude tombe après l'ouverture de ces

abcès ; le mode d'écoulement du pus, l'introduction d'un stylet mousse, ou d'une sonde, joints à l'auscultation, indiqueront la source du liquide.

Anatomie pathologique. Les altérations cadavériques présetent de notables différences selon la marche, la durée, les limites, le siége particulier de la maladie ; la complication d'une affection pulmonaire ou les traces de pleurésies antécédentes, modifient également l'aspect de ces lésions ; mais, en définitive, les élémens anatomo-pathologiques restent identiques, parce que l'inflammation, circonscrite en général, aiguë ou chronique, franche ou latente, etc., amène toujours les mêmes changemens dans les tissus qu'elle attaque, fournit toujours les mêmes produits ; c'est qu'elle est sujette, toute maladie qu'elle soit, à des lois aussi constantes que celles qui président aux actions physiologiques ; la maladie n'est en effet que la substitution aux lois et aux phénomènes qui font la santé, d'un autre ordre de phénomènes et de lois qui n'ont ni moins de régularité ni moins d'enchaînement que les premières, mais qui ne répondent pas aux conditions organiques et vitales de notre économie. — La plèvre enflammée est modifiée dans son tissu et dans ses fonctions ; de plus, elle réagit ou physiquement ou sympathiquement sur les parties voisines. Examinons successivement ces lésions.

Les altérations de la plèvre légérement phlogosée, ont été observées sur des sujets qui avaient succombé à d'autres affections, ou déterminées artificiellement sur des animaux par l'injection d'un liquide plus ou moins irritant dans la cavité de cette membrane. La rougeur plus ou moins étendue qu'elle offre alors, résulte de la vascularisation du tissu cellulaire sous-séreux. Dans une nuance plus élevée de phlegmasie, des vaisseaux rouges, en nombre variable, se dessinent, se ramifient dans sa trame ; par le caprice de leurs anostomoses, ces vaisseaux ébauchent toutes les formes de l'injection capillaire, pointillé, stries, tâches, plaques, etc. Il est plus rare d'observer, dans une portion de la plèvre, une coloration rouge diffuse, qu'il faut se garder de confondre, lorsqu'elle est due à l'inflammation, avec ces suffusions sanguines qui s'effectuent d'une manière passive sous les membranes séreuses et muqueuses, à la suite d'affections chroniques avec cachexie générale, ou de certaines fièvres, *mali-moris*, qui s'accompagnent d'une altération manifeste des fluides.

On a attribué au tissu cellulaire sous-jacent les traces de congestion sanguine qui apparaissent sur la plèvre; ainsi font MM. Chomel (1) et Ribes; ce dernier a généralisé cette idée à toutes les séreuses dont les lésions n'existent, pour lui, que dans les couches cellulaires sur lesquelles sont étalées ces membranes; mais il est prouvé que la plèvre s'injecte et se vascularise par suite de phlogose; M. Andral l'a même trouvée épaissie; M. le professeur Tourdes (2) la croit également susceptible d'épaississement: son opacité, qui a été reconnue dans la pleurésie, ne suppose-t-elle pas cette altération? Seulement son épaississement est rare et est souvent simulé par des lames pseudo-membraneuses, qui la tapissent et s'unissent intimément avec elle. Le ramollissement et l'ulcération, qui affectent quelquefois le péritoine, n'ont jamais été observés sur la plèvre.

D'après Laënnec, elle se rencontre plus manifestement injectée dans la pleurésie chronique que dans l'aiguë. Quand le poumon est resté comprimé, le feuillet séreux qui l'enveloppe est plissé et comme chagriné.

L'exsudation de la plèvre constitue l'épanchement et fournit les matériaux des formations des pseudo-membranes. Le liquide exhalé peut n'être qu'une sérosité parfaitement transparente, citrine, comme dans l'hydrothorax, mêlée de flocons albumineux qui finissent par en troubler la transparence en s'y dissolvant. D'autres fois la sérosité est louche, jaune, grisâtre, bourbeuse, etc. Ces divers aspects semblent une gradation depuis l'épanchement aqueux jusqu'à l'épanchement purulent; le pus peut être comme disséminé dans la sérosité; il se dépose alors par le repos; il en est, de même, qui, mêlé en proportion variable au liquide, lui communique une teinte rouge plus ou moins intense; il arrive même que la plèvre enflammée verse le sang en nature; il stagne alors dans la poitrine, et dépose des caillots fibrineux dans la partie la plus déclive (Laënnec). Dans certains cas, l'épanchement est altéré par le mélange de la matière caséeuse provenant d'une caverne pulmonaire, ou par le détritus grisâtre d'une escarre gangreneuse du poumon. La

(1) Dict. de méd. en 21 vol.

(2) Cours oral de pathologie à la Faculté de Strasbourg.

présence de gaz exhalé par la plèvre, comme celle de l'air, se dénote par l'état spumeux de l'épanchement et le sifflement avec lequel ils s'échappent à l'ouverture du thorax; mais, comme le même bruit a lieu lors de la pénétration de l'air extérieur dans la poitrine, il vaut mieux ouvrir celle-ci sous l'eau; l'insufflation du poumon démontrera s'il existait, dans le parenchyme de ce viscère, une solution de continuité qui livrât passage à l'air. Quant à la quantité du liquide, elle varie de quelques onces à plusieurs pintes; elle est plus considérable dans la pleurésie chronique.

La production de pseudo-membranes suit de près l'exhalation du liquide; la lymphe amorphe se coagule, se change en une matière molle, blanchâtre, à filamens entre-croisés qui retiennent un liquide dans les mailles de leur réseau; c'est cette partie liquide qui est formée d'albumine; l'autre partie, que distingue sa concrescibilité, se compose de fibrine; cette substance flotte dans l'épanchement ou tapisse la plèvre ou bourgeonne en quelque sorte sur plusieurs points de cette membrane sous forme de granulations; dans ce premier état, elle ne présente aucune trace d'organisation; mais déjà son arrangement est régulier; elle se dispose en lames, en brides, en mamelons symétriques, etc.; bientôt elle est pénétrée par le sang, et des courans sanguins s'y dessinent; l'impulsion organisatrice est dès-lors imprimée à cette toile délicate; les points ou les stries rouges qui la parsèment, s'allongent, se vascularisent, et ces rudimens de canaux vont s'aboucher avec les vaisseaux de la plèvre. Dans une troisième phase de leur développement, les fausses membranes se décolorent, leur vascularité pâlit; ils ont alors acquis toutes les propriétés du tissu séreux ou cellulaire naturel dont elle présente l'aspect. A quelle époque les pseudo-membranes commencent-elles à s'organiser? C'est ce que l'on ne saurait préciser. Chez un homme opéré d'une hernie étranglée par Home, et qui succomba vingt-neuf heures après l'opération, on trouva déjà sur l'anse intestinale étranglée une fausse membrane si avancée que l'injection y fit ressortir l'existence d'une veine et d'une artère (1). A ce fait, il faut opposer l'absence de toute

(1) Andral, anat. path.; tom. II, pag. 484.

pseudo-membrane chez des pleurétiques qui succombent au bout de plusieurs mois. Il est donc des conditions spéciales qui président à cette formation hétéro-plastique, comme l'appelle M. Lobstein (1), qui les rapporte à une nuance distincte de l'inflammation (épiphlogose). Les pseudo-membranes n'ont de couleur que celle dont les empreint le liquide qui les baigne; par leur peu d'épaisseur, elles ressemblent quelquefois à des pellicules très-minces qui adhèrent tellement à la plèvre, qu'elles peuvent être confondues avec elle, surtout dans la pleurésie chronique; ordinairement superposées, elles forment, soit sur le poumon, soit sur la plèvre, un revêtement dense et solide, à surface lisse et polie, ou rugueuse et mamelonnée. Les adhérences résultent de l'allongement de ces concrétions sous forme de brides, qui vont à travers la masse de l'épanchement de la face costale à la face pulmonaire de la plèvre. La possibilité de la résorption des adhérences celluleuses est admise par plusieurs auteurs. M. Ribes a remarqué que des militaires invalides, qui avaient été jadis atteints de plaies pénétrantes de l'abdomen, n'offraient, après leur mort, aucun vestige membraniforme dans la cavité péritonéale.

Des faits analogues ont été observés par Béclard et Dupuytren. Comme toutes les parties organisées, les fausses membranes sont sujettes à des altérations de texture et de fonctions: produits pathologiques, elles ont aussi, si l'on peut ainsi s'énoncer, leur pathologie; elles peuvent s'enflammer, engendrer de nouvelles pseudo-membranes et déposer ainsi des couches successives dont l'âge se reconnaît au degré de consistance, laquelle diminue à mesure que l'on s'éloigne de la plèvre; les caillots sanguins récens que l'on a rencontrés dans de fausses membranes d'ancienne date, prouvent que des hémorrhagies s'y opèrent. Nous avons déjà mentionné la fréquence de leur infiltration tuberculeuse; Laënnec cite un cas où elles paraissent avoir été frappées de gangrène en même temps que la plèvre; M. Chomel a constaté, dans une masse pseudo-membraneuse, nombre de petits abcès qui avaient de deux à quatre lignes de

(1) Anat. path.

diamètre; des fibro-cartilages, des plastrons ossiformes ont été rencontrés dans la plèvre à la suite de phlegmasie chronique.

La diminution de volume du poumon est en raison directe de l'épanchement; quand la résorption a lieu, contenu par une barrière membraniforme, cartilagineuse et quelquefois même ossifiée, il n'est plus perméable à l'air, même par l'insufflation : c'est cet état que l'on a appelé carnification du poumon. Le cœur est déplacé par l'épanchement; la déviation des battemens entendus pendant la vie sous le sternum et même dans un espace intercostal du côté droit (obs. VI, thèse de M. Levy) indique ce déplacement et l'autopsie le confirme. Le diaphragme est abaissé dans l'abdomen ; il en résulte la saillie de certains viscères abdominaux au rebord des côtes qu'ils ne dépassent pas dans l'état naturel.

Pronostic. Le pronostic de la pleurésie simple n'est pas très-grave ; il est évident que dans une inflammation des plèvres occasionée par la rupture d'une excavation tuberculeuse, d'un foyer purulent ou du détritus gangreneux d'un lobule pulmonaire, l'issue est inévitablement fatale ; il suffit même, pour qu'il y ait péril, que la diathèse tuberculeuse, scorbutique, etc., existe chez l'individu atteint; mais franche, quoique aiguë, et chez un sujet dont la constitution n'est pas détériorée par des maladies antécédentes, par l'abus des plaisirs, etc., elle compromet rarement la vie.

La négligence de l'auscultation et la rareté des autopsies dans la pratique civile, font attribuer à la pleurésie beaucoup de décès occasionés par des affections organiques du poumon et du cœur. Les circonstances qui aggravent le pronostic, sont : l'étendue de la phlogose, la nature et la quantité de l'exhalation, le temps écoulé depuis la formation de l'épanchement, le siége de la pleurésie ; ainsi, la diaphragmatique offre plus de gravité. Il serait intéressant d'évaluer, par des calculs exacts, les chances de guérison qui sont dues à l'intervention de l'art ; ce qu'il y a de certain, c'est que la nature s'en passe souvent ; elle possède de merveilleuses ressources dans les phlegmasies aiguës ; les pleurésies qui guérissent sans traitement parmi les populations entièrement privées ou éloignées des secours de la médecine ; et celles qui guérissent en dépit des traitemens téméraires de l'empirisme, en sont un témoignage irrécusable.

Traitement. Enrayer ou modérer l'orgasme inflammatoire et prévenir, s'il se peut, l'épanchement; activer la résorption du fluide quand l'épanchement est opéré, et obvier en même temps au retour de l'irritation; frayer une voie artificielle au liquide s'il n'est pas résorbé, telles sont les indications qui se présentent successivement à remplir dans le cours de la pleurésie.

1° L'emploi des moyens anti-phlogistiques est réglé ici sur les mêmes bases que dans toute autre inflammation. Le nombre des saignées générales à pratiquer, se déduit de l'intensité et de l'étendue de la phlogose, de la force et de l'âge du sujet; il ne doit pas s'élever toutefois au-delà de trois ou quatre en vingt-quatre heures. Après ces déplétions, si la douleur pongitive persiste, c'est aux sangsues et surtout aux ventouses scarifiées qu'il convient de recourir. Remarquons, à l'occasion du traitement anti-phlogistique, qu'il n'est pas indifférent d'employer les saignées générales et locales dans le traitement des inflammations. L'école de Pinel a établi que les inflammations parenchymateuses réclamaient surtout la saignée générale, et les inflammations membraneuses, la saignée locale. Ce précepte trouve surtout son application dans les phlegmasies des membranes séreuses; aussi a-t-on observé que les pleurésies s'amendaient notablement par l'emploi des sangsues appliquées *loco dolenti.* Jusqu'à quelle époque est-il rationnel d'insister sur les évacuations sanguines? La solution de ce problème est subordonnée aux individualités; la persistance de la fièvre et de la dyspnée autorise à en prolonger l'emploi, pourvu que les forces le comportent; si l'épanchement a eu le temps de s'opérer avant que le malade ait été visité par le médecin, les saignées sont encore indiquées; elles favorisent alors la résorption; de même il faut y revenir à chaque exaspération de la phlegmasie déjà devenue chronique. Le repos, le silence, la position élevée dans le lit, une diète sévère, l'usage des boissons adoucissantes, les épithèmes émolliens larges qui, quoique rejetés par Laënnec, nous ont toujours paru utiles: voilà le complément du traitement pendant la période aiguë. C'est pour faire tomber l'orgasme inflammatoire que Laënnec employait habituellement, chez les pleurétiques comme chez les péripneumoniques, le tartre stibié à haute dose; mais, de son propre aveu, cet agent médicamenteux n'accélère pas la

résorption ; il en a souvent prolongé l'administration pendant plusieurs semaines de suite sans en obtenir aucun effet ; et comme il l'a toujours employé conjointement avec les saignées, il nous paraît difficile de lui attribuer plutôt qu'à celle-ci les effets obtenus. Que dire donc de la formule suivante que Richter dictait à ses élèves comme un spécifique contre la pleurésie?

Tart. émét. gr. 15 ; nit. pur. 12 ; infusion de fl. de sur., sq. ; miel pur, 12.

Ajoutons avec M. Rayer (1) que la pratique de Rasori, qui fit prendre en dix jours six onces et 24 grains d'émétique à une pleurétique qui mourut, trouvera peu d'imitation parmi les praticiens, plus désireux de guérisons que zélateurs de brillantes témérités. Le calomel uni à l'opium a été recommandé par Robert Hamilton dans la période aiguë ; mais il en est des cures obtenues par ce moyen, comme de celles opérées par la scille (De Haën , Sarcone, Pringle), à laquelle l'auteur de la doctrine homéopathique (2) a déféré l'infaillibilité curative contre la pleurésie, comme des succès qui ont illustré, entre les mains de Stoll et de ses disciples, l'usage de l'émétique à doses vomitives. Les variations individuelles d'une même affection où des influences épidémiques font la fortune des médications les plus diverses, l'erreur est dans la généralisation d'une pratique que les maîtres de l'art ont eux-mêmes restreintes.

Le vomitif trouve sa place dans une pleurésie liée à un état saburral manifeste ou quand les anti-phlogistiques ont échoué ; hors de ces deux circonstances, on doit s'en abstenir. En terminant ce qui concerne le traitement de la période aiguë, rappelons que c'est pendant son cours que se déclarent parfois de ces mouvemens salutaires que l'on pourrait appeler la thérapeutique de la nature : devant ce travail, l'art doit se condamner à une vigilante inaction. Les crises s'opèrent par les sueurs, les urines, des hémorrhagies, parfois par la diarrhée: M. Andral rapporte une observation de pleurésie qui a été jugée par une métrorahagie.

2° En l'absence de tout phénomène critique et l'épanchement ayant eu lieu malgré le déploiement énergique de la méthode antiphlogis-

---

(1) Dict. de méd. et de méd. prat. ; tom. III , Antimoine.

(2) Organon , etc. de Samuel Hanhemann , pag. 65.

tique, le moment est venu de recourir aux moyens propres à stimuler la résorption; le plus efficace est assurément le vésicatoire appliqué sur le côté affecté, et d'une largeur proportionnelle à l'extension de la maladie. Dans la clinique de la Pitié, M. Louis a substitué au vésicatoire un simple emplâtre de poix de Bourgogne, destiné à maintenir le côté malade à un état de température constant; cela prouve que les vésicatoires ne sont pas indispensables à la guérison, mais ils ont certainement l'avantage de l'accélérer; la crainte de ranimer la fièvre par l'irritation d'une portion de la surface cutanée, est au moins exagérée. Aux vésicatoires on fait succéder, s'il y a lieu, le séton, ou bien un ou deux cautères ou moxas établis sur le côté malade. Les autres agens propres à favoriser l'absorption ne doivent pas être négligés, tels sont les diurétiques, la teinture éthérée de digitale, l'infusion de la poudre de cette plante, l'acétate de potasse dont la dose doit être portée jusqu'à une et deux onces en vingt-quatre heures; le nitrate de potasse associé au sel ammoniac, suivant la méthode de Riller; l'extrait de scille à deux grains répétés toutes les trois heures (Quarin); l'urée a été employée avec succès par Laënnec, à doses progressives de douze grains à un gros par jour; mais cette richesse de médicamens n'est, à vrai dire, que pauvreté, car rien de plus infidèle que l'action des diurétiques. Les purgatifs doux administrés de deux en deux jours, quand les forces et l'état du tube digestif le permettent; les frictions mercurielles ont aussi réussi; aux yeux de Laënnec, les préparations mercurielles stimulent l'absorption; mais ce moyen n'est-il pas devenu banal par ces applications multipliées? saurait-on user, d'ailleurs avec trop de sobriété, d'un médicament dont les effets funestes sur l'organisme, quoique exagérés par des adversaires systématiques, n'en ont pas moins de réalité?

3° L'opération de l'empyème est envisagée généralement comme *l'ultima ratio*, pour débarrasser les pleurétiques de l'épanchement qui ne s'est point résorbé, et dont l'augmentation progressive les jette dans les angoisses d'une suffocation imminente. Peut-être n'a-t-on pas pesé dans une exacte appréciation les chances attachées à cette opération. L'insuccès dépend des causes suivantes: 1° la pénétration de l'air dans la poitrine; 2° la compression du poumon par de fortes pseudo-membranes

qui s'opposent à son ampliation, même après l'entière évacuation du liquide; 3° le moment extrême choisi pour la ponction du thorax. S'il est possible de pratiquer l'empyème avec des précautions telles que l'air ne pénètre pas dans la cavité de la plèvre, ou n'y pénètre qu'en minime quantité, si l'on démontre par les faits et le raisonnement, que le danger du contact atmosphérique avec les pseudo-membranes est presque nul dans les pleurésies circonscrites, lesquelles sont, sans contredit, les plus fréquentes, si l'on considère que des hydropisies du péritoine ont été guéries par la ponction pratiquée de bonne heure, il faut bien croire que l'opération de l'empyème doit trouver sa place à une époque moins avancée de la maladie, et ne tardera pas à être réhabilitée. MM. Delpech, Dubrueil, Billerey (de Grenoble) l'ont pratiquée avec succès; leur expérience et d'autres faits, épars dans les recueils périodiques de médecine, militent contre l'espèce de discrédit qui pèse sur cette opération. Un praticien dont s'honore la médecine militaire, M. Raymond Faure (1), a tenté de nouvelles expériences dirigées avec prudence et sagacité; sur sept individus dont il a ponctionné le thorax, deux ont guéri; chez deux autres, la vie a été manifestement prolongée; chez ceux qui ont succombé, l'autopsie a démontré des lésions qui ôtaient toute chance à l'opération. Ces résultats et ceux obtenus par les maîtres que nous avons cités plus haut, n'accusent-ils pas l'inaction des médecins qui assistent, bras croisés, à l'agonie des empyèmatiques? L'auscultation guide le bistouri ou le trois-quart. En l'absence de l'égophonie et de la dilatation thoracique, etc., la matité absolue et l'absolu silence de la respiration dans toute l'étendue d'un côté, ne laisseraient flotter le diagnostic qu'entre l'hépatisation pulmonaire et l'épanchement pleurétique : ne peut-on se demander alors, avec M. Faure, si, en pareil cas, une ponction exploratrice comporte un danger réel, ou pourrait seulement ajouter à la gravité de la situation? Et si l'issue du liquide la justifie, comme cela est arrivé constamment à M. Faure, la vie du malade sera sauvée ou prolongée dans un cas qui, sans l'intervention chirurgicale, eût nécessairement entraîné la mort.

(1) Journal des sciences méd. de Montpellier, 1re année.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

DUBRUEIL, DOYEN. Anatomie.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
CAIZERGUES, *Examinateur*. Clinique médicale.
DUPORTAL, *Suppléant*. Chimie.
DUGÈS. Pathologie chirurgicale. Opérations et Appareils.
DELMAS, *Examinateur*. Accouchemens.
GOLFIN, *Examinateur*. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie générale et Toxicologie.
RÉNÉ, *Président*. Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN, *Suppléant*.
BROUSSONNET.
TOUCHY, *Examinateur*.
DELMAS, *Examinateur*.
VAILHÉ.
FAGES.
BOURQUENOD.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.